

## LISTA LEKÓW ZAŻYWANYCH PRZEZ PACJENTA 65+

Imię i nazwisko pacjenta:	Data ...../...../.....
---------------------------	---------------------------

Listę leków sporządził:  pacjent  opiekun pacjenta

### LEKI NA RECEPTĘ

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Sposób przyjmowania			Uwagi
			Rano	Południe	Wieczór	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

### LEKI BEZ RECEPTY I SUPLEMENTY DIETY (NP. WITAMINY, MINERAŁY, ZIOŁA)

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Sposób przyjmowania			Uwagi
			Rano	Południe	Wieczór	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						